ワクチン接種及び感染症抗体価検査結果報告書

施設・学校名又は医療機関名：

実習生・研修生氏名：

【B型肝炎】

感染症名	検査実施日		検査方法	測定値	基準値	判定	予防接種実施日		
B型肝炎	HBs抗原	年 月 日	CLEIA・CLIA・ECLIA その他( )						
	HBs抗体	年 月 日	CLEIA・CLIA・ECLIA その他( )		≧10.0 mIU/mL				
	1 シ リ ー ズ	1シリーズ接種後検査日 (3回終了後1～2ヵ月後)				≧10.0 mIU/mL		1回目	年 月 日
		HBs抗体	年 月 日	CLEIA・CLIA・ECLIA その他( )				2回目	年 月 日
	2 シ リ ー ズ	2シリーズ接種後検査日 (3回終了後1～2ヵ月後)				≧10.0 mIU/mL		3回目	年 月 日
		HBs抗体	年 月 日	CLEIA・CLIA・ECLIA その他( )				1回目	年 月 日
								2回目	年 月 日
						3回目	年 月 日		

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

感染症名	検査実施日	検査方法	測定値	基準値			予防接種実施日	
				陰性	陽性 (基準満たさない)	陽性 (基準満たす)		
麻疹	年 月 日	EIA法 (IgG)		<2	2-15.9	≧16.0	1回目	年 月 日
		FIA法		<0.4	0.4-1.4	≧1.5	2回目	年 月 日
		中和法		<4	4	≧8		
風疹	年 月 日	HI法		<8	8-16	≧32	1回目	年 月 日
							2回目	年 月 日
水痘	年 月 日	EIA法 (IgG)		<2	2-3.9	≧4	1回目	年 月 日
		FIA法		<0.3	0.3-0.4	≧0.5	2回目	年 月 日
流行性 耳下腺炎	年 月 日	EIA法 (IgG)		<2	2-3.9	≧4	1回目	年 月 日
		FIA法		<0.7	0.7-1.2	≧1.3	2回目	年 月 日

【インフルエンザ予防接種】 (11月～3月の実習・研修に限り接種、実習2週間前までに接種して下さい)

感染症名	検査実施日	備考
インフル エンザ	年 月 日	

抗体価検査等について上記の通り証明します。

年 月 日 施設・学校名又は医療機関名

施設・学校責任者又は医師名

印